

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 165 .

DE LA
THYROIDECTOMIE
PAR ÉVIDEMENT

Comme traitement des goîtres parenchymateux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 41 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI GONDRAND

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de la Charité

Né à Entre-deux-Guiers (Isère), le 29 novembre 1871



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

DE L A.
THYROÏDECTOMIE
PAR ÉVIDEMENT

Comme traitement des goîtres parenchymateux

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 165

DE LA
THYROÏDECTOMIE

PAR ÉVIDEMENT

Comme traitement des goîtres parenchymateux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI GONDRAND

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de la Charité

(re), le 29 novembre 1871



ON

LEGENDRE & C^{ie}

A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1900

den
Heer

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ;

MM. SIRAUD et DURAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

En tête de ces pages, nous sommes heureux d'exprimer notre vive reconnaissance envers tous ceux qui furent nos maîtres pendant les six ans que nous avons passés dans les hôpitaux de Lyon comme externe et comme interne.

M. le professeur Laroyenne a été pour nous plein d'amabilité et de bienveillance pendant un semestre passé à la clinique gynécologique. Il continue à s'intéresser à nous au début de notre installation. Nous l'en remercions bien vivement ainsi que du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter d'être notre président de thèse.

M. le professeur agrégé Auguste Pollosson fut pour nous plus qu'un maître, il fut un ami. Qu'il nous permette d'employer ce titre, nous n'en saurions trouver d'autre pour mieux qualifier la bonté extrême qu'il eut pour nous pendant notre semestre à la Maternité de la Charité et dont il nous donna, à notre départ, une preuve que nous n'oublierons jamais.

Ce travail a été inspiré et guidé par M. le professeur agrégé Nové-Josserand qui fut un de nos premiers maîtres en chirurgie et qui veut bien faire partie de notre jury de thèse.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

M. le Dr Garel nous initia, avec sa bienveillance habituelle, aux mystères de la laryngologie. Nous avons déjà eu l'occasion d'apprécier l'incalculable bonheur d'avoir été un de ses internes.

Nous remercions aussi tous nos autres maîtres dans les hôpitaux : M. le professeur Maurice Pollosson, MM. les professeurs agrégés Vallas, Gangolphe, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu; Rochet, chirurgien de l'Antiquaille; Condamin; MM. Josserand, Colrat, médecins des hôpitaux. Nous n'oublions pas M. le Dr Leclerc, à qui nous devons un des meilleurs souvenirs de notre vie.

Tous nous ont témoigné une sympathie dont nous leur serons toujours reconnaissant.

Merci encore à M. Mayoud, interne des Hôpitaux, qui a bien voulu nous aider, par ses recherches bibliographiques, à la confection d'un travail que notre éloignement de Lyon eût rendu bien difficile.

INTRODUCTION

« Trop apparent pour passer inaperçu, trop dangereux pour être négligé, le goître a, de tout temps, exercé la sagacité des médecins et des chirurgiens : les traitements les plus variés ont vu le jour ; quelques-uns n'ont eu qu'une heure de vogue, d'autres, plus efficaces, jouissent encore d'un certain crédit » (Reverdin).

Nous ne voulons pas refaire l'historique, si souvent fait, du traitement chirurgical des goîtres (1).

On a beaucoup écrit sur cette question, depuis ces dernières années, et le traitement du goître a fait des progrès considérables.

En 1794, Weichmann pouvait dire : « Extirper

(1) Voir en particulier :

WÖLFLE. — *Traitement chirurgical du goître*. Berlin, 1887.

CHRÉTIEN. — *De la thyroïdectomie*. Th. de Paris, 1888.

LUTON. — *Dic. de Méd. et de Chir. pratiques*, art. goître.

KRISHBER. — *Dic. encyclopéd. des Sc. Médicales*, art. goître.

un goître, c'est ce qu'on peut appeler, littéralement, couper la gorge de son patient ».

En 1898, Reverdin (1) réunit une statistique de 6103 opérations de goître, avec 176 morts, soit une mortalité de 2,88 pour 100.

Malgré les perfectionnements qui ont permis d'obtenir de si beaux résultats, la discussion n'est pas close et l'on n'a pas encore décrit de méthode opératoire qui rallie tous les suffrages.

Pour ne parler que de la période antiseptique, au début, la thyroïdectomie eut toute la faveur des chirurgiens. Peu pratiquée en France, à la suite de quelques insuccès retentissants, elle eut une grande vogue en Allemagne, en Angleterre, en Suisse.

Mais, en 1882, Reverdin signala le myxoédème opératoire et, l'année suivante, Kocher attira de nouveau l'attention sur ces troubles consécutifs à l'ablation du corps thyroïde et les décrivit sous le nom de cachexie strumiprive. A partir de cette époque « la crainte du myxoédème fut, pour les chirurgiens, le commencement de la sagesse » (Augier).

En 1883, les deux Reverdin proposèrent un procédé que Luigi Porta, de Milan, avait employé pour la première fois en 1849. Peu après, Socin montra les indications et les avantages de cette nouvelle méthode qui, depuis, a fait fortune : l'énucléation intra-glandulaire.

(1) REVERDIN. — Rapport sur le traitement des goîtres. 12^e congrès de chirurgie, Paris, 1898.

En 1888, Péan (1) proposa d'appliquer aux goîtres sa méthode d'ablation des tumeurs par morcellement et Chrétien (2) rapporta quelques succès de ce procédé.

En 1889, Kocher (3) communique 250 observations d'ablation de goîtres et préconise l'évidement, comme mode d'extirpation de certains goîtres.

En 1892, M. Jaboulay pratique la première exothyropexie, et fixe les règles de cette opération.

Enfin, M. Poncet (4) pratique une nouvelle opération, l'énucléation massive, et en fait connaître les indications.

Nous nous sommes borné à exposer rapidement les grandes étapes qu'a suivies la question du traitement des goîtres.

C'est de l'un des procédés opératoires, peu connu et rarement pratiqué, surtout en France, que nous allons faire l'objet de ce mémoire : l'évidement de Kocher ou la thyroïdectomie par évidement.

M. Nové-Josserand a eu l'idée d'employer ce mode opératoire : il a opéré quatre cas de goître par cette méthode. Séduit par la simplicité de l'acte opératoire et par l'excellence des résultats obtenus, il nous a

(1) PÉAN. — De l'ablation des tumeurs par morcellement, *Gaz. des Hôp.*, 1888.

(2) CHRÉTIEN. — De la thyroïdectomie, Thèse Paris 1888.

(3) KOCHER. — Rapport sur 250 extirpations de goîtres. (*Korrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1889, n° 1).

(4) PONCET. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1896. — BÉRARD, De la thérapeutique chirurgicale des goîtres, thèse de Lyon, 1897.

engagé à faire de l'étude de ce procédé et de la publication de ses observations le sujet de notre thèse.

Nos observations sont peu nombreuses et nous ne prétendons pas fonder sur elles des conclusions définitives. Elles sont, cependant, encourageantes parce qu'elles semblent montrer que, dans les formes particulières de goîtres auxquelles s'adresse la méthode de l'évidement, celle-ci permet d'obtenir — d'une façon plus simple que le traitement actuellement employé — des résultats satisfaisants.

Après avoir indiqué le *manuel opératoire* de la thyroïdectomie par évidement, nous essayerons de tracer les *indications* et les *contre-indications* de ce procédé, puis nous montrerons ses *avantages* sur les autres méthodes et, enfin, les *résultats* qu'il permet d'obtenir d'après nos propres *observations*. Tel sera l'objet de ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Manuel opératoire.

Kocher est, sans contredit, le premier chirurgien qui opéra des goîtres par la méthode de l'évidement. En 1889, dans une communication sur ce sujet (1), il s'exprime à peu près en ces termes :

« Bien avant l'énucléation, érigée en méthode par Socin, j'employais un procédé analogue, l'évidement. Ce dernier diffère de l'énucléation par ce fait que l'on n'énuclée pas la tumeur par une boutonnière faite à la capsule, mais que l'on pénètre directement dans le goître, qu'on le fend dans toute sa profondeur et que l'on évide les deux moitiés, avec les doigts ou des cuillers tranchantes.

« L'évidement est indiqué : — dans l'extirpation de noyaux isolés, plus ou moins volumineux, de consistance molle, au milieu d'un tissu thyroïdien

(1) KOCHER. — Rapport sur 250 extirpations de goîtres. *Korrespondenzbl. für Schweizer Ärzte*, 1889, et *Centralbl. für Chir.*, 1889.

relativement sain — dans les cas où la tumeur possède de nombreuses adhérences vasculaires. »

Kocher — nous n'avons pas, il est vrai, pu trouver de publication plus récente de cet auteur sur ce sujet — paraît avoir, à peu près, complètement abandonné ce procédé. D'après Reverdin (1), la méthode de l'évidement ne serait, pour Kocher lui-même, « qu'une ressource exceptionnelle, dans quelques cas de tumeurs molles, adhérentes; ressource permettant de terminer rapidement une intervention qui, sans elle, ferait courir des dangers d'hémorrhagie ».

Rossander (de Stockholm), en 1874, publie (2) deux observations de goîtres opérés par le procédé de Kocher, et insiste sur les avantages et les heureux résultats de cette opération. Il montre que la méthode est applicable, non seulement aux kystes thyroïdiens, mais aussi aux goîtres parenchymateux, dans lesquels Kocher, au début, ne la regardait pas comme indiquée.

Zoege von Manteuffel, de Dorpat, en 1898 (3), propose un procédé qui présente beaucoup d'analogies avec la méthode de l'évidement. Voici comment son auteur le décrit : « Mise à nu du goître et libération jusqu'à sa base; ligature et section de

(1) REVERDIN. — Rapport sur le traitement chirurgical des goîtres, Congrès de chirurgie, 1898.

(2) ROSSANDER. — Deux observations de goîtres. *Hygiea* 1874 et 1875, et *Centralbl. für Chir.*, 1876.

(3) ZOEGE VON MANTEUFFEL. — Un procédé d'extirpation des goîtres. *Centralbl. für Chir.*, 1898.

l'isthme. Un aide comprimant les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures entre le pouce et l'index ou les deuxième et troisième doigts de chacune de ses mains, l'opérateur enlève des fragments de la tumeur en forme de tranches de melon, sans hémorrhagie, à condition de ne pas dépasser en arrière les limites de la glande. On rapproche les faces de la brèche par une suture continue, profonde, et il ne se produit ni hémorrhagie, ni hémâtôme, malgré l'absence de ligatures ».

Schwartz, au Congrès de chirurgie de 1898 (1), communique un cas de kyste thyroïdien traité par l'évidement : « J'ai pratiqué, dit-il, l'évidement dans un cas de goître colloïde unilatéral où l'énucléation m'a été impossible. Comme il s'agissait d'un goître relativement peu vasculaire et très mou, j'ai pu, sans grande hémorrhagie, enlever à la curette toutes les parties malades. Le goître avait le volume d'un gros œuf de poule. La cavité résultant de l'évidement a été tamponnée à la gaze iodoformée. La guérison s'est faite sans encombre, mais a demandé à peu près un mois pour être complète ».

A part cette observation isolée, et peut-être quelques autres qui nous sont inconnues, nous ne croyons pas qu'aucun chirurgien français ait jamais employé systématiquement la méthode de l'évidement pour le traitement de certains goîtres.

(1) SCHWARTZ. — Note sur le traitement chirurgical des goîtres. Congrès français de chirurgie, séance du 21 octobre 1898.

Dans l'introduction d'une thèse de Lyon sur l'énucléation (1), nous trouvons ces mots : « Le procédé, dit de l'évidement, longtemps préféré par Julliard... » Or, si nous nous reportons au mémoire de Julliard (2), nous trouvons, décrit en ces termes, le mode opératoire employé par cet auteur : « Parvenu sur le goître, j'en incise la capsule, et, cette incision une fois faite, je pose le bistouri pour ne plus le reprendre ; j'introduis alors les doigts entre le corps thyroïde et la capsule et je l'énuclée... » C'est là, absolument, le manuel opératoire de l'énucléation, et non pas celui de l'évidement. L'auteur de la thèse en question nous semble donc avoir confondu ces deux opérations, puisqu'il dit encore, parlant de l'évidement : « Ce procédé consiste, après incision de la capsule, à décortiquer le corps thyroïde, à l'enlever, laissant en place son enveloppe fibreuse ». Or, la méthode, ainsi décrite, se rapproche beaucoup plus de l'énucléation que de l'évidement, qui a un manuel opératoire bien particulier.

★ ★ ★

C'est ce manuel opératoire que nous allons maintenant étudier. Comme nous manquons de détails précis sur ce mode opératoire employé par Kocher, par Rossander, nous nous bornerons à décrire le

(1) FONTAINE DE PRELLE. — De l'énucléation des goîtres, thèse de Lyon, 1892.

(2) JULLIARD. — 31 extirpations de goîtres. *Revue de Chirurgie*, 1883.

procédé de l'évidement, tel qu'il a été pratiqué par M. Nové-Josserand.

La question de l'anesthésie, dans les interventions sur le corps thyroïde, est encore à l'heure actuelle très discutée. Certains chirurgiens se passent de tout anesthésique ou emploient seulement l'anesthésie locale (Roux). La plupart cependant ont recours à l'anesthésie générale. Dans nos quatre opérations d'évidement, c'est l'anesthésie par l'éther qui a été employée, et elle n'a été la cause d'aucun accident. Dans les cas d'inflammation pulmonaire, bronchique ou laryngée, l'esthérisation étant contre indiquée d'une façon générale, on peut donner du chloroforme, mais avec une extrême prudence. Enfin, dans les cas graves, avec accès de suffocation, on se passera de toute anesthésie.

L'incision de la peau, la plus communément employée dans les extirpations de goîtres, est une incision oblique suivant le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, et plus ou moins longue, suivant le volume du goître. L'incision verticale et médiane est généralement réservée aux cas où l'hypertrophie porte sur l'isthme seul. Enfin, on a proposé une incision transversale ou incision en cravate (*kragenschnitt* de Kocher), légèrement convexe en bas, qui donnerait des cicatrices plus parfaites. L'une quelconque de ces incisions peut être employée, suivant les cas, dans la thyroïdectomie par évidement : sa longueur sera toujours proportionnée au volume du goître à enlever.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on rencontre

généralement quelques veines assez volumineuses : celles-ci seront sectionnées entre deux pinces.

Puis on tombe sur le plan musculaire. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui déborde rarement de beaucoup la tumeur, est généralement laissé intact. Le muscle omo-hyoïdien peut être, sans inconvénients, sectionné au niveau de son tendon. Quant aux muscles sous-hyoïdiens antérieurs, on peut soit les sectionner entre deux pinces, pour les reconstituer ensuite, soit passer entre leurs fibres, si celles-ci sont dissociées et étalées.

On a alors sous les yeux un feuillet aponévrotique ou une lame de tissu conjonctif plus ou moins condensé qui entoure le corps thyroïde. C'est le feuillet viscéral de l'aponévrose moyenne du cou. On l'incise avec précaution sur le doigt ou sur une sonde cannelée et on en repère les lèvres au moyen de quelques pinces hémostatiques, que l'on fait écarter par un aide.

Après cette manœuvre, on se trouve directement en présence du corps thyroïde enveloppé de sa capsule propre.

On fait alors écarter les lèvres de la plaie et on luxé le goître. Le doigt doit contourner la capsule de la glande, en la décollant doucement « comme le détache-tendons suit le squelette dans une dénudation sous-périostique ». Cette libération du goître se pratique généralement de dehors en dedans, c'est-à-dire qu'on glisse d'abord les doigts sur la face externe de la tumeur. Saisi et libéré de toute adhérence, le goître est entraîné hors de sa loge par trac-

tions douces « absolument comme on luxe un fibrôme en dehors de la cavité abdominale ».

Dans les goîtres récents, peu adhérents, cette manœuvre s'effectue très simplement, sans grande déchirure des vaisseaux. Il n'en est pas de même dans les vieux goîtres adhérents : il faut alors redoubler de prudence pour éviter les tiraillements des nerfs et les déchirures vasculaires.

A ce moment, le goître faisant saillie entre les lèvres de la plaie, le chirurgien, entre l'index et le médius de sa main gauche, la face palmaire tournée en avant, saisit et serre le pédicule pour faire de l'hémostase préventive : ce qui est facile lorsque le décollement a été poussé assez loin et lorsque le goître n'est pas trop volumineux.

Supposons qu'il s'agit d'un cas où l'hypertrophie porte sur un lobe seulement de la glande.

D'un seul coup de bistouri, on incise ce lobe dans toute sa hauteur et dans toute sa profondeur. On tamponne quelques secondes la surface de section qui saigne en nappe. Puis, au moyen de quelques pinces hémostatiques, appliquées sur la capsule et réclinées de chaque côté, un aide, ouvre comme un livre, sous les yeux de l'opérateur, le lobe partagé en deux moitiés.

Alors commence le temps de l'évidement proprement dit : successivement, on vide des tissus qu'il contient chacun des deux segments de la tumeur ; on les enlève par petits coups, par morcellement. Pour cette opération, M. Nové-Josserand se sert de ciseaux courbes. Kocher pratiquait cette manœuvre

au moyen des doigts ou d'une curette tranchante.

A quel moment doit-on s'arrêter? C'est là un point délicat. S'il y a du tissu thyroïdien sain à la périphérie de la tumeur, on le respecte. Généralement alors une différence de consistance et de coloration permet d'apprécier les limites externes du noyau goîtreux. Si la dégénérescence a envahi le lobe en entier, on enlève, par morcellement, le plus de tissu que l'on peut, en se rapprochant autant que possible de la capsule; cette dernière, dans tous les cas, doit être conservée intacte.

Le morcellement de la tumeur ne s'accompagne généralement pas d'une hémorrhagie bien abondante. Néanmoins, entre chaque coup de ciseaux, un tamponnement adroit doit nettoyer le champ opératoire, pour que le chirurgien se rende toujours bien compte de ce qu'il coupe.

L'évidement terminé, on se trouve en présence d'une poche, constituée par la capsule doublée de quelques débris du parenchyme, qui sont le siège d'une faible hémorrhagie en nappe. On pratique alors, la suture hémostatique, proposée par M. Poncet. « Attirant vers la surface, avec deux ou trois pinces, les débris profonds sous-capsulaires, le chirurgien les prend dans un surjet au catgut, qui les applique contre les parties antérieures de la capsule et rapproche celles-ci les unes des autres avec le même fil, de façon à oblitérer complètement la cavité et à réunir les bords de cette espèce de bourse; il ne reste dans son intérieur, aucune surface saignante, aucun, espace vide où se produirait de la rétention ». (Bérard).

Si l'on redoute un suintement sanguin, on place un petit drain à la partie déclive. On réunit, par une deuxième ligne de suture les lèvres de l'aponévrose moyenne, on reconstitue les muscles sous-hyoïdiens, s'ils ont été sectionnés, on remplace par des ligatures les pinces qui ont été placées sur les veines sous-cutanées et on termine par une suture de la peau, intra-dermique ou non.

Nous avons pris pour exemple le cas où un lobe seul est hypertrophié. Dans les cas où la glande est prise en entier, on répète successivement sur chacun des lobes du corps thyroïde, préalablement luxé la même opération (voir nos obs. III et IV).

L'hémostase préventive pourrait se faire au moyen d'une ligature élastique provisoirement appliquée sur le pédicule de la glande luxée, à la place des doigts de l'opérateur. Et ainsi, le chirurgien ayant ses deux mains libres, pourrait, avec les ciseaux courbes et une pince à disséquer, pratiquer l'évidement avec plus de facilité.

CHAPITRE II

Indications et contre-indications

L'étude détaillée des différentes formes anatomo-pathologiques des goîtres nous entraînerait trop loin.

Nous plaçant au point de vue du choix de la méthode opératoire à employer, nous nous contenterons de rappeler la classification chirurgicale des goîtres admise par la plupart des auteurs (1).

Si l'on fait abstraction des tumeurs malignes du corps thyroïde et du goître exophthalmique, on peut diviser les goîtres en deux grandes catégories : les goîtres encapsulés et les goîtres diffus ou anencapsulés (Rivière).

Les goîtres encapsulés se présentent comme des tumeurs, des noyaux développés au sein de la glande et restant distincts de celle-ci : en augmentant de volume, ils étalent le tissu glandulaire resté sain

(1) RIVIÈRE. — Th. de Lyon, 1895, et passim *Gaz. des Hôp.*, 1896.

autour d'eux, le refoulent, le réduisent parfois à une mince couche, mais en restent séparables, « à peu près comme un lipôme ou une tumeur bénigne glandulaire des parties qui l'entourent » (Reverdin). Dans cette classe rentrent les kystes. A contenu variable (séreux, hématique ou colloïde), ils sont généralement multiples et de divers volumes ; quelquefois uniques et de dimensions considérables. Leur paroi est généralement épaisse, calcifiée ou très vascularisée.

Le goître est diffus, ou parenchymateux, lorsque la glande thyroïde entière, ou seulement un lobe de celle-ci, est altéré et hypertrophié en masse, sans qu'il y ait de noyau séparable et énucléable. Ces formes atteignent généralement un volume moindre que les kystes. Notons que, dans ces goîtres parenchymateux, la vascularisation du tissu pathologique est faible, inférieure à ce que l'on pourrait supposer. Les plus grosses veines, celles qui donnent le plus de sang, sont périphériques et cheminent dans la capsule.

Peut-on facilement faire le diagnostic de la forme du goître (g. encapsulé, kyste ou g. diffus) à l'examen extérieur de la tumeur ? Ce diagnostic a une grosse importance au point de vue de l'intervention et surtout du choix du procédé à employer. D'après Roux, de Lausanne (1), dans un grand nombre des cas, la forme du goître, le palper permettent de reconnaître

(1) Roux. — Revue sur 115 op. de goîtres, 1891 ; et Congrès de Chir., 1894.

l'existence de kystes ou de noyaux. D'après Augier (1), pour M. Poncet, ce diagnostic est difficile. On suppose un goître parenchymatique lorsque le corps thyroïde est uniformément hyperthrophié, sans nodosités, ni bosselures, lorsque sa consistance est dure, élastique, uniforme. On ne peut être vraiment sûr du diagnostic que lorsque on a le tissu malade « sous les yeux et sous le doigt ». C'est donc seulement au cours de l'opération que, bien souvent, le chirurgien pourra faire le choix du procédé à employer.

Aux goîtres encapsulés, convient, seule, l'opération de Porta-Socin, l'énucléation intra-glandulaire ou struméctomie. La plupart des chirurgiens s'entendent sur ce point. « Enlever la tumeur en l'extrayant de la coque glandulaire qui l'enveloppe ». Tel est l'objectif du procédé. Nous n'entrerons pas dans le détail de son manuel opératoire.

Mortalité faible, résultats très bons, ni myxœdème, ni tétanie, absence de récidives, manuel opératoire simple, peu d'hémorragie, impossibilité presque absolue de blesser les organes voisins, les récurrents en particulier : tels sont les principaux avantages de cette méthode.

C'est donc — tout le monde l'admet — la méthode de choix dans les cas de goîtres nodulaires. Quelle est donc la proportion de ces goîtres énucléables ? M. Poncet, à Lyon, l'estime à quatre sur cinq. Hahn, à Ber-

(1) Th. citée.

lin, dit n'en pas rencontrer. Mais Reverdin, Roux, Socin en trouvent une grande majorité. Socin dit, d'ailleurs : « Je crois que maint chirurgien fera la même expérience que j'ai faite, à savoir que le nombre des énucléations augmente avec la bonne volonté de l'opérateur ».

Pour le traitement des goîtres diffus ou parenchymateux, le chirurgien a le choix entre un certain nombre de méthodes : l'exothyropexie, l'énucléation massive, la thyroïdectomie partielle.

L'opinion de Reverdin sur l'opération de Jaboulay résume bien celle de la majorité des auteurs. « L'exothyropexie, dit-il, (1), se justifie comme opération d'urgence et pour parer à la suffocation ; mais, pour le goître simple, du moins, ses indications se bornent là. Les dangers de la production d'une vaste surface suppurante, ceux des hémorrhagies pendant le cours de la guérison, la lenteur de celle-ci, la difformité de la cicatrice et les doutes sur la réalité d'une guérison durable ne permettent en aucune façon d'en faire une opération de choix. Je ne puis la considérer autrement que comme un succédané de la trachéotomie dans les goîtres suffocants et je la voudrais faire suivre, le danger passé, d'une extirpation secondaire ».

L'énucléation massive, proposée par M. Poncet et décrite par Bérard, dans sa thèse, convient aussi aux goîtres parenchymateux, et aux goîtres polykys-

(1) REVERDIN. — Rapp. sur trait. chirurg. des goîtres. Congr. de Chirg. Paris, 1898.

tiques. Pratiquée, suivant les cas, en totalité dans la couche sous-corticale ou en partie dans le tissu cellulaire périthy roïdien, lorsque le goitre est pédiculisé, cette opération consiste à mobiliser progressivement la tumeur et à la détacher en entier par simple décollement. Par ce procédé, on évite l'hémorragie et la ligature des gros troncs thyroïdiens « et l'on est tout surpris d'avoir terminé l'opération sans rencontrer un vaisseau important à lier » (Bérard). Reverdin n'est pas partisan de cette opération, et il la juge ainsi (1) « sortir, par places seulement, je le veux bien, de la capsule glandulaire, ce n'est plus faire une énuclation et c'est, d'un autre côté, perdre les bénéfices de la technique sûre et régulière de l'extirpation ».

La thyroïdectomie totale doit être complètement délaissée aujourd'hui. Depuis 1882, et grâce aux travaux de Reverdin, Kocher, Poncet, Wölfler, les faits de cachexie strumiprive, tétanie et accidents divers, observés à la suite de l'ablation totale du corps thyroïde paraissent d'une redoutable fréquence. Rossander, au Congrès de Berlin de 1890, a pu, il est vrai, réunir trente observations de thyroïdectomie totale, sans myxoédème. Malgré ces cas heureux, dus vraisemblablement à la persistance de petits glandules accessoires, cette opération doit être absolument proscrite.

Pour la majorité des auteurs, la thyroïdectomie partielle est l'opération de choix, dans les goîtres

(1) *loc. cit.*

solides, à noyaux non énucléables. Comme c'est à ce procédé que nous proposons de substituer la méthode de l'évidement, nous entrerons dans quelques détails sur le manuel opératoire de cette opération et les accidents auxquels elle expose.

La thyroïdectomie partielle consiste dans l'ablation en masse d'un segment du corps thyroïde hypertrophié. Cette opération fut pratiquée primitivement en dehors de la capsule propre du corps thyroïde. Puis, certains auteurs, Billroth, entre autres, cherchèrent un plan de clivage entre la glande et son enveloppe et tentèrent, mais sans succès, de faire de la thyroïdectomie une opération sous-capsulaire. Actuellement, tous les chirurgiens pratiquent la thyroïdectomie extra-capsulaire.

Après incision de la peau, on luxe le goître, par le procédé ordinaire. Lorsqu'il n'est plus maintenu que par le pédicule vasculaire et les ligaments, on fait l'hémostase. On lie les veines d'abord, puis les artères thyroïdiennes, la supérieure et l'inférieure. Dans cette dernière ligature, on prend garde de ne pas saisir le récurrent. On sectionne le reste du pédicule, constitué par les ligaments, tout près de la trachée. Après s'être assuré de l'hémostase, on termine par une reconstitution de la paroi et une suture de la peau.

On a fait subir à ce procédé de nombreuses modifications. Nous ne citerons que les principales :

Mickulicz, en 1885, propose le manuel opératoire suivant. Il libère la tumeur, lie les vaisseaux thyroïdiens supérieurs, sectionne l'isthme entre deux liga-

tures, puis détache la trachée de la partie supérieure du goître ; pendant qu'un aide comprime la thyroïdienne inférieure, il fait une ligature en chaîne de la corne inférieure et détache la tumeur au-dessus de cette ligature. Il laisse ainsi un moignon du lobe latéral qui protège le récurrent et la thyroïdienne inférieure.

Le procédé de Wolff diffère de celui que nous avons décrit, par ce seul fait que ce chirurgien fait comprimer les vaisseaux par des aides, au lieu de les lier. D'après l'auteur, on peut ainsi se passer presque complètement de ligature.

Enfin, récemment, Doyen proposa, le goître étant promptement luxé, de saisir les pédicules vasculaires dans des pinces vasiotribes spéciales et de détacher la tumeur au-dessus de ces pinces. Ce procédé a l'avantage d'augmenter la rapidité de l'opération.

La thyroïdectomie partielle, quel que soit le manuel opératoire employé, expose à un certain nombre d'accidents : nous allons rapidement les passer en revue.

On peut avoir, au cours de l'opération, des hémorrhagies abondantes. Elles peuvent être veineuses ou artérielles, provenir des vaisseaux sous-cutanés, de ceux de la capsule, des ramifications glandulaires ou des troncs thyroïdiens. Le tamponnement pour les hémorrhagies en nappe, la ligature pour les autres permettent de s'en rendre maître. On observe quelquefois des hémorrhagies secondaires graves, dues à l'infection.

Un autre accident grave est la blessure du récur-

rent. On sait que ce nerf affecte, à la face externe de la capsule, des rapports tellement intimes avec la thyroïdienne inférieure, qu'il est à peu près impossible au chirurgien de jeter une pince ou un fil qui n'enserme pas le nerf avec l'artère. Cette considération a été le point de départ des nombreuses modifications apportées au procédé primitif. Quoiqu'il en soit, cet accident reste le point noir de la thyroïdectomie partielle, à cause de sa redoutable fréquence et de ses conséquences graves.

Les troubles respiratoires ne sont pas rares pendant et après l'opération. Une cause fréquente de cet accident est l'affaissement de la trachée, sur lequel insiste Bérard. Celui-ci est dû à ce que ce conduit se trouve brusquement privé d'un de ses soutiens naturels et troublé dans sa statique. La trachéotomie — dont le manuel opératoire et l'instrumentation, dans ces cas, ont été parfaitement réglés par M. Poncet — peut alors être indiquée.

Les cas de myxoédème opératoire et de tétanie sont rares à la suite de la thyroïdectomie partielle. Quelques observations en ont été rapportées par Poncet, Reverdin et d'autres : elles s'expliquent par l'atrophie de la portion de glande laissée en place.

Nous ne faisons que signaler, pour finir, la blessure du pharynx, de l'œsophage, de la trachée, d'un des gros nerfs du cou — accidents peu fréquents — et, enfin, l'infection de la plaie opératoire, facilement évitable aujourd'hui.



Voyons maintenant quelles peuvent être les indications de la thyroïdectomie par évidement.

Au début, Kocher, Rossander pratiquèrent l'évidement sur les kystes thyroïdiens. L'opération consistait à fendre la poche et à enlever ses parois par raclage. Voici d'ailleurs, résumée, la première observation de Rossander :

Homme de 27 ans : goitre kystique proliférant, de volume considérable, traité déjà sans succès par la ponction avec injection iodée. Incision, successivement, de la peau et des parois kystiques ; ablation par râclage des parties glandulaires ; hémorrhagies répétées, arrêtées par la compression dans l'intérieur du sac et application de perchlorure de fer ; guérison en sept semaines.

Nous avons vu ailleurs, que, plus récemment, Schwartz avait aussi obtenu, par cette méthode, la guérison d'un goitre kystique. Néanmoins, la plupart des kystes thyroïdiens (1) sont justiciables de l'énucléation.

Kocher (2) employa le procédé de l'évidement dans les cas de goitres encapsulés. Mais, d'après Reverdin (3), cet auteur a aujourd'hui à peu près complètement délaissé cette méthode : il la réserve aux cas où

(1) Nous ne voulons parler ici que des gros kystes, généralement uniques, qui constituent à eux seuls toute la tumeur et non pas des petits kystes que l'on rencontre souvent, disséminés en plus ou moins grand nombre, au sein d'un goitre parenchymateux.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

des adhérences rendent l'énucléation impossible. Et, en effet, il n'y a aucun avantage à fendre un noyau goitreux et à le morceller, si l'on peut l'énucléer sans difficulté.

Rossander, le premier, employa l'évidement dans un cas de goître parenchymateux.

H. de 19 ans, originaire de la Dalécarlie, où le goître est endémique. Goître hyperplasique volumineux datant de 4 ans, ayant résisté au traitement iodé et aux injections parenchymateuses de teinture d'iode. Menaces de suffocation. Incision de la peau, de l'enveloppe très épaissie du corps thyroïde, arrachement des trabécules, râclage des éléments glandulaires. Hémorrhagie arrêtée par le tamponnement. Pleurésie intercurrente d'origine frigorique. Guérison en six semaines.

L'opération est malheureusement décrite trop brièvement dans cette observation pour qu'on puisse se rendre un compte exact du manuel employé.

C'est aussi pour les goîtres parenchymateux que Zæge von Manteuffel proposa et pratiqua le procédé que nous avons indiqué, procédé qui diffère peu de l'évidement.

C'est enfin dans quatre cas de goîtres diffus que M. Nové-Josserand appliqua la méthode de l'évidement.

Si l'hypertrophie porte sur un lobe seul du corps thyroïde, ou porte surtout sur un lobe, on pratique seulement l'évidement de ce lobe. L'opération peut d'ailleurs provoquer l'atrophie des portions restantes, si elles sont peu atteintes. Si deux lobes thyroïdiens sont hypertrophiés (comme dans notre observation IV) ou s'ils le sont tous les trois (obs. III), on

pratique successivement l'évidement de chacun des lobes.

La méthode de l'évidement est-elle applicable à tous les cas de goîtres diffus ? Autrement dit, a-t-elle des contre-indications ? Quelles sont-elles ?

Et d'abord, en présence d'un goître suffocant, avec accès de dyspnée et menaces d'asphyxie, l'évidement n'est pas plus indiqué que la thyroïdectomie partielle, une opération d'urgence convient seule, l'exothyropexie est le procédé de choix.

Pour faire l'évidement, il faut pouvoir luxer le goître. Cette luxation est possible et facile dans la majorité des cas. Cependant, dans certains goîtres anciens et adhérents, en particulier dans ceux qui ont été modifiés par un traitement chirurgical antérieur, le décollement et la mobilisation de la glande ne peut se faire. On peut tenter, dans ces cas, le morcellement intra-glandulaire de la tumeur, proposé par Péan et Chrétien, qui n'exige pas la luxation du goître.

Les goîtres vasculaires ne sont pas justiciables de l'évidement, la section et le morcellement des tissus malades s'accompagneraient dans ces cas d'hémorrhagies trop considérables.

Enfin, l'évidement ne saurait convenir non plus aux goîtres très volumineux, dont l'incision donnerait une trop grande surface saignante, difficile à tamponner.

A part ces quelques contre-indications, la thyroïdectomie par évidement nous paraît applicable à

tous les cas de goîtres diffus ou parenchymateux. Elle a donc les mêmes indications que la thyroïdectomie partielle. Et nous allons maintenant essayer de montrer qu'elle présente sur cette opération quelques avantages et qu'elle permet d'obtenir de bons résultats.

CHAPITRE III

Avantages et Résultats.

Nous avons décrit le manuel opératoire de la thyroïdectomie par évidement ; nous avons montré les indications et les contre-indications de cette opération ; il nous reste à étudier ses avantages et, s'il y a lieu, ses inconvénients.

En premier lieu, l'évidement a, sur la thyroïdectomie partielle cet avantage qu'il permet de s'attaquer aux trois lobes de la thyroïde s'ils sont tous trois hypertrophiés. Dans ces cas, si par une thyroïdectomie partielle, on enlève un lobe du goître, le plus gros, on compte sur l'atrophie des deux autres. Cette atrophie se produit souvent, il est vrai ; mais elle n'est pas constante, elle est quelquefois tardive et incomplète. Or, dans ces formes, l'évidement est équivalent comme résultats à la thyroïdectomie totale, sans en avoir les inconvénients et les dangers.

Dans les goîtres diffus, mais limités à un lobe, l'évidement a, sur l'énucléation massive et la thyroïdectomie partielle, l'avantage d'être une opération sous-capsulaire. Cette méthode est, à ce point de vue assimilable à l'énucléation intra-glandulaire. De ce fait découlent la plupart de ses avantages.

Le manuel opératoire est plus simple que dans l'extirpation partielle. Dans la thyroïdectomie, on a à disséquer et à enlever une tumeur plus ou moins profondément enclavée dans cette région antérieure du cou, si riche en vaisseaux, en nerfs et en organes importants ; on doit lier les vaisseaux, ménager les nerfs et éviter de blesser les organes. Dans l'évidement, au contraire, on intervient sur une tumeur bien isolée par la luxation, on ne franchit pas les limites de la capsule glandulaire et on n'a à se préoccuper ni des vaisseaux, ni des nerfs, ni des organes du cou.

L'hémorrhagie est généralement faible. Naturellement, ici comme dans toutes les interventions sur le corps thyroïde, on peut rencontrer dans les couches sous-cutanées des veines ou des artérioles plus ou moins dilatées. Si on ne peut éviter ces vaisseaux, on les sectionnera entre deux pinces que l'on remplacera ultérieurement par des ligatures. Quant à la section du goître, elle s'accompagne généralement d'une hémorrhagie peu abondante, plus faible qu'on ne le supposerait.

Nous répétons ici que la nature vasculaire des goîtres est une contre-indication de l'évidement. Mais la plupart des goîtres parenchymateux sont peu vas-

culaires ; les plus gros vaisseaux, — ce sont généralement des veines, — se trouvent sous la capsule ou dans son épaisseur : on les aperçoit le plus souvent par transparence, et on peut les pincer de part et d'autre avant de les sectionner. L'incision du goître lui-même s'accompagne seulement d'une faible hémorrhagie en nappe, qu'un tamponnement suffit à arrêter : ceci, bien entendu, à condition qu'on fasse de l'hémostase en comprimant le pédicule avec les doigts. Le morcellement du goître lui-même ne donne pas beaucoup de sang.

Au moment, où le pédicule est lâché, il se produit une légère recrudescence de l'hémorrhagie. Si le tamponnement ne suffisait pas à l'arrêter, on pourrait être amené à pincer et tordre les artérioles qui donnent le plus. En tous cas, la suture hémostatique, en rapprochant les parois de la poche, suffit à tarir ce suintement sanguin et permet d'éviter, à coup sûr, les hématômes. Remarquons que, pendant l'évidement, on reste loin des troncs thyroïdiens, et qu'il n'est question ni de les pincer, ni de les lier,

Il en est de même des récurrents : on en est toujours séparé, pendant l'opération, au moins par l'épaisseur de la capsule. On est donc dans l'impossibilité de les blesser ; ne liant pas la thyroïdienne inférieure on est aussi à l'abri du gros écueil de la thyroïdectomie partielle, qui consiste à lier le nerf avec l'artère.

La méthode de l'évidement permet encore d'éviter un accident de la thyroïdectomie partielle, qui est d'une certaine fréquence et d'une redoutable gravité

l'affaissement de la trachée. En effet, par cette méthode, on ne sort pas des limites de la capsule et on laisse même, adhérente à sa face interne, une couche plus ou moins épaisse de tissus. La trachée n'est pas mise à nu : elle reste protégée et soutenue par les parcelles de glande laissées en place et son calibre n'a pas de tendance à se déformer. De ce fait, la trachéotomie, qui souvent complique l'opération et assombrît le pronostic dans la thyroïdectomie partielle, n'est jamais indiquée ici.

Il semblerait que les accidents septiques dussent être plus fréquents et plus graves après l'opération de l'évidement et que le fait de laisser en place des parcelles irrégulières de la tumeur, favorisât l'infection et la stagnation des liquides septiques. Il n'en est rien ; puisque, comme nous l'avons vu, grâce à la suture hémostatique, telle que l'a indiquée le professeur Poncet, on accole intimement toutes les parois de la poche, sans laisser d'espace libre. On peut même souvent, sans danger, se passer de drainage profond.

Nous avons vu que le myxoédème opératoire, quoique rare, a été cependant observé à la suite de la thyroïdectomie partielle. Or s'il est un mode d'extirpation des goîtres qui puisse mettre à l'abri des accidents strumiprives, c'est bien certainement l'évidement, puisque, dans cette opération, on conserve systématiquement les parties périphériques de la glande. Et, en effet, nous ne connaissons pas de cas de myxoédème signalés à la suite de cette intervention. Néanmoins, on a observé des faits curieux de

cachexie strumiprive, à la suite d'opérations, même insignifiantes, sur le corps thyroïde; aussi, ne peut-on affirmer de prime abord, que la thyroïdectomie par évidement préserve, d'une façon absolue, du myxœdème.

La méthode de l'évidement met-elle à l'abri des récidives ? Evidemment on peut faire à ce procédé le reproche qu'il n'est pas une cure radicale du goître, puisqu'on ne l'enlève pas en entier. Cependant, en pratique, cette objection perd de sa valeur. En effet, on sait, et depuis longtemps déjà, que l'extirpation d'une partie de la glande thyroïde a pour conséquence l'atrophie de la portion laissée en place. Rien d'impossible donc à ce que les parcelles de tumeur, respectées par le morcellement présentent une tendance naturelle à la régression et à l'atrophie.

Pour nous éclairer sur ce point, interrogeons les résultats opératoires. Les quatre malades dont nous rapportons les observations, ont donné de leurs nouvelles, quatorze mois, au minimum, après l'opération; l'une a été revue un peu plus de trois ans après l'intervention. Or, aucun des opérés n'a présenté de traces de récidive. Nous reconnaissons d'ailleurs, volontiers, qu'il serait téméraire et prématuré de porter un jugement définitif sur cette opération d'après un si petit nombre de faits.

Voici, pour terminer, les résultats qu'a obtenus Kocher par la méthode de l'évidement, tels qu'ils sont rapportés par Reverdin (1) :

(1) REVERDIN. — *Loc.cit.* — Il est vrai que la plupart de ces opérations ont été pratiquées sur des goîtres encapsulés.

Sur trente-neuf opérations, trois morts, dont une par suffocation, une par septicémie. Aucun cas, ni de myxœdème, ni de lésion du récurrent, ni d'hémorrhagie.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

P... Eugénie, 16 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Ste-Catherine, service de M. Nové-Josserand, le 5 février 97.

Habituellement bien portante, elle aurait eu vers l'âge de 10 ans, des douleurs de nature indéterminée, avec enflure des jambes. Les parents sont vivants et bien portants; frères et sœurs en bonne santé. La malade est d'un pays (département de la Creuse) dans lequel le goître ne semble pas endémique.

Il y a deux ans, elle a vu son cou commencer à grossir. Cet accroissement du corps thyroïde s'est fait peu à peu, dans toute la masse de la glande, jusqu'à atteindre le volume qu'il présente actuellement. Il y a 6 mois que la malade prend de l'iodure de potassium. Depuis 4 mois, les règles, auparavant régulières, ont disparu.

Le goître ne détermine aucune douleur, ni dans le cou, ni dans l'oreille. A la palpation, la tumeur est molle, non douloureuse, mobile latéralement. Il n'y a pas d'adhérences ni aux plans profonds, ni à la peau.

Cette dernière a sa coloration normale et ne présente pas

de veinosités notables. L'hypertrophie porte sur toute la glande : le lobe droit paraît toutefois un peu plus gros que le gauche ; l'isthme est aussi augmenté de volume. La tumeur s'élève dans les mouvements de déglutition. Elle n'est pas animée de battements. Il n'y a pas de matité rétro-sternale.

Depuis l'enfance, les yeux sont un peu gros : ils n'auraient pas paru plus saillants depuis le début de la maladie. Les pupilles ne sont pas dilatées. Quand on fait étendre la main on ne constate pas de tremblement. La malade dit trembler quelquefois des jambes. Il y a parfois des palpitations à la suite d'efforts ; le pouls n'est pas rapide (84.) La malade dit n'être pas nerveuse ; pas de crises de nerfs.

L'état général est bon. Pas de troubles gastriques accentués. La malade ne tousse pas habituellement : mais, depuis trois semaines environ, elle tousse un peu. On note, sur le dos des avant-bras et des mains, une éruption de petites taches rouges sans caractères nets. La voix est normale et ne s'est pas modifiée ; la respiration est facile, non troublée. La coloration de la face est normale. La déglutition n'est pas gênée ; il n'y a donc pas de troubles de compression.

Au cœur : bruits nets, normaux. Pas de tachycardie. Rien de notable aux poumons.

Opération le 9 février. On fait, sous anesthésie par l'éther, une incision courbe suivant aussi longtemps que possible le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. On met des pinces hémostatiques sur les veines qu'on sectionne. On trouve les muscles sous-hyoïdiens, qu'on coupe entre deux pinces à demeure. Puis on arrive sur deux masses glandulaires : l'isthme, gros comme une grosse noix — le lobe droit, gros comme une mandarine. On commence, pour l'isthme, par faire une incision dans toute sa hauteur ; puis on énuclée, avec des ciseaux la plus grande partie du tissu glandulaire qu'il renferme, atteinte d'hypertrophie diffuse. Pour le lobe droit, on fait de même une incision dans toute sa hauteur et, après avoir enlevé une certaine quantité de tissu, on tombe sur des masses goitreuses dont les noyaux avaient été

perçus à la palpation et qu'on enlève. On fait ensuite une suture hémostatique de la glande : il n'y a, d'ailleurs, pas d'hémorrhagie. On met un petit drain, on suture les muscles coupés et on suture la peau.

10 février. — Après l'opération, excitation assez vive : une piqûre de morphine : le soir, température : 37°6.

La déglutition est un peu gênée; pas de gêne respiratoire ; pouls plein, un peu rapide.

12 février. — La dysphagie, qui existait après l'opération, a diminué ; la dysphonie régresse également. La malade a été pansée hier : la plaie était satisfaisante. Néanmoins, hier soir, température 39°5. Pas de dyspnée.

15 février. — Agitation très vive, délire pendant la nuit ; la température se maintient à 39° ; la déglutition n'est plus douloureuse, la phonation normale.

18 février. — La malade se plaint de souffrir des dents ; on découvre un abcès dentaire. Peut-être faut-il chercher en partie, là, l'explication de son état mental. Les pupilles sont dilatées. On donne des tablettes de thyroïdine.

23 février. — La dent fait toujours souffrir. Il y a un peu de dysphagie et des douleurs d'estomac. La malade se plaint, en outre, d'une diminution de la mémoire ; mais il n'y a plus d'agitation.

24 février. — Douleurs dans la région sous-maxillaire et dans l'oreille ; dysphagie. Une purgation donnée hier a fait disparaître la gastralgie. Pas de température. Pansement : il reste, à la partie inférieure de la plaie, une portion non cicatrisée.

25 février. — La déglutition est douloureuse et les solides passent difficilement. La phonation est aussi douloureuse ; il y a de la céphalalgie et de l'insomnie. Un peu de rougeur des piliers et du pharynx.

1^{er} mars. — La malade se plaint d'un point de côté qui passe de droite à gauche, d'inappétence. La température, depuis le 22 février, est remontée insensiblement de 37° à 38°5. Manque de forces.

3 mars. — Pansement, la plaie suppure encore légèrement. La malade se plaint d'anesthésie de la région sous-maxillaire.

6 mars. — Le cou n'est pas douloureux. La température redevient normale. Elle a en somme décrit, du 22 février au 6 mars, une parabole dont le point culminant a été à 38° 8, d'une façon régulière, avec petites oscillations.

8 mars. — Troubles sensitifs diffus, petites plaques d'anesthésie aux membres: Les doigts pèlent par plaques volumineuses. Douleurs dans les jambes. En un mot troubles nerveux vagues.

11 mars. — La plaie suppure encore un peu: le cou est légèrement douloureux.

21 mars. — Température 38°. La malade souffre des dents, de l'oreille, un peu de rougeur du pharynx.

1^{er} avril. — Encore quelques douleurs vagues dans les jambes. La plaie opératoire n'est pas tout à fait fermée. On retire deux fils. L'état général est excellent.

4 avril. — La plaie est cicatrisée: la malade quitte le service.

6 avril. — La malade rentre de nouveau, se plaignant de douleurs au cou, de dysphagie, d'oppression. Il n'y a pas de douleurs dans les mouvements du cou: celles-ci sont localisées dans la fossette sternale.

10 avril. — Quelques douleurs dans la partie inférieure de la joue, le cou, les gencives. Quelques picotements et bourdonnements douloureux dans l'oreille gauche. On fait un enveloppement ouaté.

Quelques jours après la malade sort ne souffrant plus.

15 juin. — La malade revient se faire examiner. La plaie est entièrement cicatrisée. Au niveau de la cicatrice, la malade ressent quelques douleurs; mais celles-ci ne sont pas très vives.

Mai 1900. — La malade est revue. La cicatrice est peu apparente. Il n'y a pas de traces de récidives. Pas de douleur au niveau du cou. Santé parfaite.

Remarques. — A propos de cette observation, nous ferons remarquer deux points :

1^o L'évidement n'a été pratiqué que sur la tumeur médiane, sur l'isthme ; sur le lobe droit, c'est l'énucléation intra-glandulaire que l'on a faite.

2^o Nous avons relaté, avec détails, les suites opératoires. Une partie des accidents qu'a présentés notre malade peuvent bien être mis sur le compte d'un état infectieux surajouté (abcès dentaire) et d'une légère infection de la plaie. Mais le délire, l'agitation, les troubles psychiques, notés après l'opération, rapidement améliorés par la thyroïdine, ont, sans doute, été d'origine strumiprive. Ils ont été de peu de durée et n'ont pas réapparu depuis.

OBSERVATION II

D..., Jean-Marie, 14 ans, entre à la Charité, salle St-Pierre, service de M. Nové-Josserand, le 5 mai 1898.

Coqueluche dans l'enfance. Le goître a débuté il y a 6 ans, et n'a jamais cessé d'augmenter depuis. Il forme une tumeur volumineuse au-devant du larynx et de la trachée, mobile avec les mouvements de déglutition.

Pas d'exophthalmie bien apparente. Pas de tremblement.

Au cœur, souffle systolique à maximum au niveau de la pointe, se propageant dans l'aisselle : insuffisance mitrale.

A l'auscultation des jugulaires, bruit de diable.

Le malade se plaint d'être vite essoufflé. Il ne peut faire de travail pénible.

Il a aussi des points de côté et des palpitations, à l'occasion de tout exercice un peu fatigant.

Opération le 6 juin. — Incision oblique. On trouve une jugulaire antérieure très dilatée : on la pince à la base du cou.

On découvre le goître ; celui-ci plonge profondément derrière le sternum. La luxation est difficile et pénible ; elle se fait, néanmoins, sans incidents. On pratique l'hémostase par compression du pédicule ; puis, on fend le goître de haut en bas. On trouve un hématôme intra-parenchymateux récent (dû peut-être aux manœuvres). Il n'y a pas de noyau énucléable. On fait le morcellement sous-capsulaire. Puis, suture hémostatique de la poche, drainage et suture de la peau.

8 juin. — Le deuxième jour, la température monte à 39°, puis, le lendemain à 40°5. Expectoration d'abord muqueuse, aérée avec dyspnée paraissant d'origine trachéale. L'auscultation aux bases ne donne rien de précis. Ventouses. L'expectoration devient purulente. Epistaxis postérieure, simulant des hémoptysies.

11 juin. — Premier pansement. On n'enlève ni fils, ni mèche. Un peu de teinte ecchymotique de la peau.

La température persiste autour de 39°.

15 juin. — Deuxième pansement. On enlève les fils et la mèche. Un peu de suppuration. On laisse le drain. Le soir, la température tombe à 38°.

21 juin. — La suppuration séro-purulente est très abondante depuis deux ou trois jours. Ce matin, la température est de 39°4, tandis que, les jours précédents, elle était de 38° le matin, 39° le soir. Toux et expectoration toujours assez abondantes avec mêmes caractères. Bon appétit, langue normale : le malade se sent bien.

24 juin. — Depuis hier, la température baisse ; ce matin, 37°5. Mieux subjectif ; l'expectoration diminue.

13 juillet. — Le malade quitte le service bien guéri.

Avril 1900. — Le malade donne de ses nouvelles. A sa sortie de l'hôpital, il a, pendant quelque temps, souffert un peu. Actuellement, « il ne sent plus rien. On ne dirait pas

qu'il a été opéré ; la couture marque comme rien. Il va parfaitement bien ».

OBSERVATION III

G... Marie, 13 ans, entre à la Charité, dans le service M. Nové-Josserand, le 11 novembre 1899. Pas d'antécédents héréditaires. Le goître n'est pas endémique dans son pays.

Il y a 8 ou 10 mois, elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur de la grosseur d'une noix, sur la face antéro-latérale droite du cou. A peu près stationnaire pendant les trois premiers mois, la tumeur grossit ensuite.

Actuellement, elle occupe toute la face antérieure du cou, mais elle est plus volumineuse à droite. Quoique formant une seule masse elle est nettement divisée en trois lobes, dont un médian ; les lobes latéraux sont augmentés surtout dans le sens vertical. La tumeur est mobile dans les mouvements de déglutition.

La malade rentre à l'hôpital parce que, depuis trois mois, elle est de plus en plus gênée pour courir ou monter des escaliers : elle ne peut monter plus de 10 ou 12 marches sans être arrêtée par la suffocation.

La déglutition n'est pas gênée.

L'état général est excellent.

Opération le 18 novembre :

Sous anesthésie par l'éther, on fait une incision oblique partant de l'angle de la mâchoire du côté droit et aboutissant à l'articulation sterno-claviculaire gauche. On libère et on sectionne, entre deux pinces, une grosse veine qui chemine le long du bord interne du sterno-cleïdo-mastoïdien. Le corps thyroïde est découvert à travers les muscles sous-hyôïdiens et luxé : la luxation est facile, sauf au niveau des cornes supérieures des lobes latéraux, où elle présente quelque résistance. Le corps thyroïde étant luxé dans son entier, on fait successivement sur les trois lobes l'opération suivante :

Incision-verticale. permettant d'ouvrir le lobe, comme un livre — avec des ciseaux courbes, évidemment des deux moitiés latérales — puis suture hémostatique immédiate. L'hémorrhag'e est assez considérable pour le lobe droit et le lobemoyen, très faible dans le lobe gauche. Le tissu thyroïdien présentait une consistance uniforme, sans noyaux ; le lobe droit était le plus volumineux. C'est aussi celui qui a conservé le volume le plus considérable après l'intervention.

Drainage et suture de la paroi.

Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier. Au bout de quelque temps, la malade quittait le service, parfaitement guérie.

En avril 1900, la malade donne de ses nouvelles. Le goître n'a pas récidivé. La santé générale laisse un peu à désirer, mais les troubles dont se plaint la malade semblent pouvoir être mis sur le compte d'une chlorose de l'adolescence.

OBSERVATION IV

L. Françoise, 14 ans 1/2, entre à la Charité, salle Sainte-Amélie, le 10 février 1899.

Son goitre aurait débuté à l'âge de 6 ans. Elle est la plus jeune d'une famille de 11 enfants tous bien portants. Il n'y a pas de goitreux dans sa famille.

La tumeur a d'abord grossi lentement, accusée surtout dans le lobe médian : puis les lobes latéraux se sont pris à leur tour. Depuis deux ans, la tumeur a doublé de volume.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués : seulement un peu de dyspnée pendant la marche rapide et l'ascension.

Pas d'accès de suffocation. Voix légèrement goîtreuse. Pouls = 84. Aucun symptôme basedowien. Enfant intelligente sans aucun trouble cérébral.

A l'inspection, volumineuse tumeur présentant de façon

très distincte les trois lobes constitutifs. Légère dilatation des veines sous-cutanées. Au palper, les tumeurs sont relativement molles, d'une consistance très uniforme, sans masse dure bien appréciable. Bien que la tumeur soit molle, on n'a pas la sensation de fluctuation vraie. Périmètre du cou. = 48 cent.

Opération le 6 mars. Sous anesthésie à l'éther, longue incision oblique partant de la mâchoire du côté droit et aboutissant à l'articulation sterno-claviculaire gauche. On met à nu d'abord le lobe droit qui est isolé et luxé sans difficulté. En faisant l'hémostase avec les doigts glissés sous le pédicule on incise le lobe longitudinalement : on le trouve constitué, pour la plus grande partie, par un tissu gélatineux avec quelques points kystiques, contenant un liquide jaune brunâtre. Evidemment aux ciseaux de la plus grande partie du lobe ; hémostase au moyen d'une suture hémostatique au catgut. On fait la même manœuvre pour le lobe médian qui est découvert après que la veine jugulaire antérieure ait été isolée et saisie entre deux pinces. Ce lobe moyen est constitué par un tissu ferme, sans kyste ni contenu fongueux. Le lobe gauche est alors isolé et luxé par la même incision cutanée. Il est ensuite incisé longitudinalement, toujours après hémostase préventive avec les doigts. Il est constitué par un tissu rouge violacé, de consistance uniforme et sans noyau énucléable. On le vide de la même façon et on fait deux plans superposés de sutures hémostatiques. L'hémostase est assez difficile et exige un nombre de fils relativement grand.

Drainage avec des mèches de gaze et suture de la peau.

13 mars. — Pansement souillé par un suintement assez abondant contenant un peu de pus. On enlève les mèches et on les remplace par deux drains. Ablation des fils de suture. Le lendemain de l'opération, comme la malade est très altérée, on a examiné ses urines et on a trouvé une grande quantité de sucre. Deux jours après, on les a fait de nouveau examiner par le pharmacien de la Charité : elle ne contenaient plus qu'une dose insignifiante de sucre.

Quelques jours après, la malade quitte le service bien guérie.

Avril 1900. — On reçoit des nouvelles de la malade. « La santé est excellente et son goître a complètement disparu. »

CONCLUSIONS

I. — L'évidement des goîtres a été pratiqué, il y a déjà longtemps, par Kocher et par Rossander, dans quelques cas de kystes thyroïdiens et de goîtres nodulaires. Cette même méthode paraît applicable aux goîtres parenchymateux.

II. — Son manuel opératoire est simple : incision de la peau — luxation du corps thyroïde — incision du lobe hypertrophié en son milieu — évidement et morcellement sous-capsulaires de ses deux moitiés, à l'aide de ciseaux, pendant que l'on fait de l'hémostase en comprimant le pédicule entre deux doigts — suture hémostatique de la poche.

III. — La thyroïdectomie par évidement pourrait remplacer la thyroïdectomie partielle dans les cas de goîtres diffus. L'énucléation intra-glandulaire reste indiquée dans les goîtres encapsulés et l'exothyropexie, comme opération d'urgence, dans les goîtres suffocants.

IV. — La thyroïdectomie par évidemment, pratiquée isolément et successivement sur chacun des lobes hypertrophiés, dans les cas de goîtres diffus, donne les mêmes résultats que la thyroïdectomie totale sans en présenter les dangers. Elle a l'avantage d'être une opération sous-capsulaire : elle ne provoque pas de forte hémorrhagie ; elle permet d'éviter la ligature des thyroïdiennes, la blessure des récurrents, l'affaissement de la trachée ; on n'a observé, à sa suite, ni myxoedème, ni récédive de goître.

Vu :

Le Président de la thèse,

LAROYENNE.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 juillet 1900.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

